

**Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico  
in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie**

**Al Dirigente dell'I.C. "Carini Calderone Torretta"**

I sottoscritti.....(padre).....(madre)  
genitori dell'alunno.....nato a.....il.....  
residente a.....in via.....  
frequentante la classe.....della scuola.....nel plesso.....

**Chiedono  
(barrare il riquadro di interesse)**

☐ La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

☐ La somministrazione della terapia farmacologica al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C."Carini Calderone Torretta"

Data..... Firma (padre).....

Firma (madre).....

---

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:.....

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco:.....

Data.....

**Il Dirigente Scolastico**